

ESTALLIDO TRAUMÁTICO DE TESTÍCULO

Por el Dr. HERBERT A. PAGLIERE

Todos los autores que se han ocupado del tema del epígrafe, están de acuerdo en que es una lesión excepcional. Miley Wesson, que en 1944 publicó un caso seguramente único de rotura de testículo solitario, reúne 8 casos previos al suyo, a contar desde el primero descrito por Cotton en 1906. La publicación más reciente, de abril de 1962, registra 22 en total, si bien no incluye el de Goldaracena y Fazio, ni el de Trabucco y Comotto de 1948, así como tampoco el de Ortiz y Bontá. Salvadas esas omisiones, y agregados los dos casos de Atwell y Ellis aparecidos casi simultáneamente con el artículo a que hacemos mención, habría 28 casos previos a la observación que pasamos a relatar.

Observación personal: R. C., de 25 años, soltero, argentino, concurre el 13 de enero de 1962 al Servicio de Urología del Policlínico de San Martín, refiriendo que hace 15 días recibe un pelotazo a nivel de los genitales mientras juega al fútbol, sufriendo muy escaso dolor en testículo izquierdo. Por la noche, ocho horas después del traumatismo, reaparece el dolor de escasa intensidad, y nota en ese momento regular aumento de volumen del escroto. El dolor se hace intenso en las siguientes 48 horas, para ir disminuyendo en los días siguientes.

Al examen se comprueba el escroto medianamente edematizado, particularmente en su mitad izquierda, la consistencia es pastosa y la palpación no permite diferenciar el complejo epidídimo-testicular. La transiluminación es negativa, no constatándose estado febril. Dos días después se efectúa bajo anestesia raquídea intervención exploradora. Al abrir la vaginal se encuentra escasa cantidad de sangre oscura, y algunos coágulos cubriendo el parénquima testicular que hace hernia a través de una rotura irregular, estrellada, de la albugínea. El epidídimo aparece congestivo y adherido a la vaginal parietal por placas de fibrina y coágulos en vías de organización. Se procede a suturar la albugínea con puntos separados de catgut, resecaando económicamente el estroma testicular que no se puede reducir. Se deja la vaginal sin suturar avenando con una lámina de goma. El post-operatorio transcurrió sin alternativas.

COMENTARIO

La rareza de la lesión testicular se explica por la protección que le brindan la sínfisis pubiana y su situación interfemorale. Por otra parte, por su movilidad escapan con facilidad ante el factor traumático, como ha sido señalado por Velpeau entre los primeros. La actividad deportiva, sin embargo, crea condiciones favorables a su lesión, como lo demuestra la estadística de Atwell y Ellis en que este factor se encontró en 14 de 24 casos, siendo el fútbol el principal responsable con 12 de los 14. Es posible por último que algunas lesiones queden

ignoradas al no efectuarse la necesaria exploración, y que el diagnóstico de orquitis o epididimitis traumática oculte la verdadera causa de los síntomas acusados por el enfermo, ya que la ruptura testicular no tiene ningún elemento diagnóstico que permita diferenciarla de otros procedimientos con los que frecuentemente se confunde, como la torsión del cordón espermático, la de los apéndices testiculares, o el hematocele traumático, además de los ya señalados. Contrariamente a lo que pudiera creerse norma casi obligada el dolor fue mínimo o moderado en 12 casos. En el que relatamos, así como en otros publicados aumentó en intensidad y reapareció horas después del traumatismo, modalidad que también se observa en la torsión del cordón. Wesson señaló ya que la ruptura de la albugínea es seguida con menos frecuencia del shock y el dolor que acompaña al traumatismo simple del testículo.

La importancia de un diagnóstico exacto es aún mayor cuando es necesario contemplar los aspectos médico-legales del accidente, y es curioso que en ninguno de los casos publicados se haya efectuado biopsia alejada para establecer la espermatogénesis del testículo afectado. Sólo en el caso de Bernardi el espermograma demostró franca alteración varios meses después del accidente, alteración explicable al tratarse de una ruptura bilateral, que por su rareza y posibles consecuencias merece equipararse a la ya mencionada de Wesson en testículo único. Aun la exploración quirúrgica no permitió en algunos casos aclarar el tipo de lesión testicular, efectuándose en varias ocasiones la orquiectomía en hematomas traumáticos diagnosticados como seminomas.

Con respecto al tratamiento parece haber predominado en un principio el erróneo concepto de Reclus, según el cual era inevitable la atrofia del testículo traumatizado, y justificada por consiguiente la orquiectomía. Esta se efectuó en 8 de los 12 primeros casos y sólo en tres de los 16 últimos, lo que demuestra fehacientemente la actitud conservadora hacia la que ha evolucionado el tratamiento quirúrgico y que auspiciamos como más correcta.

CONCLUSIONES

La ruptura testicular es una lesión de extremada rareza, asociada con frecuencia a la actividad deportiva y susceptible de ser confundida con otros procesos del contenido escrotal, posibilidad que impone la exploración quirúrgica y el tratamiento conservador, así como la biopsia post-operatoria alejada cuando medie el factor laboral.

RESUMEN

Se agrega un nuevo caso de ruptura traumática de testículo a los 28 ya consignados en la literatura. Se señala la frecuente relación con la actividad deportiva, y al insistir en la dificultad del diagnóstico diferencial se preconiza la intervención exploradora y la conveniencia de conservar el órgano afectado.

BIBLIOGRAFIA

- Atwell, J. D. and Ellis, H.* — Rupture of the testis. *Brit. J. Surg.*, 49:345-346 (1961).
Bernardi, R. y Agugliaro, J. P. — Ruptura traumática de ambos testículos. *Rev. Arg. Urol.*, 28:81-84 (1959).
Boeminghaus, H. — *Urología*, 1081 pág., Madrid, Paz Montalvo (1958).
Bronk, W. S. and Berry, J. L. — Traumatic rupture of the testicle. *J. Urol.*, 87:564-565 (1962).
Cassie, G. F. — Rupture of the testis: Seminoma. *Brit. J. Urol.*, 28:283 (1956).
Goldaracena, J. A. y Fazio, J. M. — Traumatismo de testículo. *Rev. Arg. Urol.*, 28:25-28 (1959).

- Diaz Castro, H.* — Estallido traumático del testículo. *Rev. Arg. Urol.*, 9:32-48 (1940).
- Lowsley, O. S. y Kirwin, T. J.* — Clínica Urológica, Tomo I, Barcelona, Buenos Aires, Salvat (1945).
- Lloyd, F.* — Year book of urology, 1958. 324-325, 1959-60.
- Mc Crea, L.* — Rupture of the testicle. *J. Urol.*, 66:270-273 (1951).
- Ortiz, A. B. y Bonta, A.* — Estallido traumático de testículo. *Rev. Arg. Urol.*, 18:665-666 (1949).
- Schneiderman, C.* — Traumatic rupture of the testicle. *J. Urol.*, 78:54-57 (1957).
- Trabucco, A. y Comotto, C.* — Estallido del testículo por traumatismo. *Rev. Arg. Urol.*, 17:96-102 (1948).
- Trabucco, A.; Comotto, C. y Amendolara, F.* — Traumatismo con ruptura del testículo. *Rev. Arg. Urol.*, 20:46-48 (1951).
- Wesson, M.* — Traumatism of the testicle, report of a case of traumatic rupture of a solitary testicle. *Urol. Cut. Rev.*, 50:16-19 (1944).
- Winsbury White, H. P.* — Textbook of Genito-Urinary Surgery, 1046 p., Edimburgh E & S Livingstone (1948).

DISCUSION

Dr. Brea. — Comparto ampliamente el criterio del doctor Pagliere. Tenemos una discreta experiencia en nuestro servicio del Hospital Militar Central, donde se atiende a individuos que están en actividad física intensa, por lo que son frecuentes las posibilidades de traumatismos.

Hemos operado 3 ó 4 casos con traumatismos de testículo. En algunos de ellos, se pudo efectuar una terapéutica conservadora; en otros, no fue posible por la magnitud del traumatismo.

Nosotros tenemos concepto formado en el sentido de que hacemos sistemáticamente la exploración quirúrgica en todo traumatismo de testículo con el propósito de hacer cirugía conservadora, la mayor parte de las veces. Está indicada la cirugía conservadora en estos casos, cuando no existe gran destrucción de la glándula, en cuya situación debe extirparse el testículo. La exploración quirúrgica es el procedimiento rápido que no debe ser diferido.